【　　組】　　　　スーパービジョン実践報告

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　歳） |
| ポジショニング　　　　　 | □包括　　□居宅　　□施設　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 事業所及び地域でのあなたの立場（管理者有無やケアマネ数など） | 事業所：地　域： |
| 地域の特性 |  |
| 基礎資格 |  |
| 経験年数 | 　　　　　　　　　年　　　　　か月 |
| 主任CM経験年数 | 　　　　　　　　　年　　　　　か月 |
| 資質向上について（直近１年） | 研修受講状況（受講した研修名及び回数）主任介護支援専門員フォローアップ研修　　　　　　　回・地域　　　　　　　回・県内　　　　　　　回・県外　　　　　　　回・学会等その他　　　回 |
| スーパービジョンの実践の場 | 　地域　・　事業所　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| スーパービジョンの実践をした事例について①誰にスーパービジョンを提供したのか。　□同一法人のケアマネ　　　□地域のケアマネ　　　□その他（　　　　　　　　　）②スーパービジョンの回数（直近1年）　　　　　　　　　　　　回　（　定期　　・　不定期　） |

**バイジーの情報：**今回提出のスーパービジョン実践事例について（あなたとバイジーの関わり）

|  |  |
| --- | --- |
| スーパービジョンのきっかけ |  |
| 性別・経験年数 | □男　　　□女　　　　　　　経験年数　　　　　　年 |
| ポジショニング | □包括　□居宅　□施設　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 基礎資格及び経験年数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年） |
| これまで担当してきた事例の特性 |  |
| 事業所のケアマネの人数 |  |
| 研修受講歴（直近　１年）あなたがわかる範囲で記入して下さい | 研修受講状況（受講した研修名及び回数）・地域　　　　　　回・県内　　　　　　回・県外　　　　　　回・学会等その他　　　回 |

**バイジーから相談を受けた事例の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事例の分類（該当に☑） | □認知症　□看取り　□リハビリ・福祉用具　□医療連携　□家族支援　□社会資源□多様サービスの活用（　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 提出理由 |  |
| 【氏名】 | 【性別】　男・女 | 【年齢】　　　歳 | 【世帯状況】 |
| 【家族構成（ジェノグラム）】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 【主な疾患、病歴等】 |
| 【要介護度】　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ |
| 【寝たきり度】　Ｊ１・２　　Ａ１・２　　Ｂ１・２　　Ｃ１・２ |
| 【認知度】　無・有　　Ⅰ　　Ⅱａ・ｂ　　Ⅲａ・ｂ　　Ⅳ　　Ｍ |
| 【障害手帳等】 |
| 【住居状態】 |
| 生活歴 |  |
| 支援経過 |  |
| 身体状況精神状況 |  |
| ＡＤＬ〔起居動作、歩行、移乗、排泄、入浴、食事、着脱衣等〕 |  |
| ＩＡＤＬ〔家事、買物、服薬、ゴミ出し、金銭管理、通院等〕 |  |
| 介護状況介護負担 |  | 経済面 |  |
| 家族関係 |  | ストレス |  |
| 社会交流 |  | 趣　　味生き甲斐 |  |

**①　気づきを得たスーパービジョン提供場面の逐語録**

気づきを得た場面（スーパービジョン　　　　回目　）について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 場　所 | バイザーとバイジーの逐語録 |
| 　 |  |

**②　バイジーの気づき**

|  |
| --- |
| ・何を気づいたか・バイジーの変化 |

**③　スーパーバイザーとしての振り返り**

|  |
| --- |
|  |